FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

33

A PROPOS
DES KYSTES HYDATIQUES RECIDIVES
ET AVEC ICTERE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 20 JUIN 1946

PAR

CZESLAW ZAORSKI

NÉ LE 15 AVRIL 1911, A PRZYJMY (POLOGNE)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse

- MOIROUD — *Président*
- BREMOND — *Assesseurs*
- CHAUVIN — *Assesseurs*
- DOR — *Assesseurs*

IMPRIMERIE VILLARD
6, Impasse Dragon, 6
— MARSEILLE —
1946

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

A PROPOS
DES KYSTES HYDATIQUES RECIDIVES
ET AVEC ICTERE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 20 JUIN 1946

PAR

CZESLAW ZAORSKI

NÉ LE 15 AVRIL 1911, A PRZYJMY (POLOGNE)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse

MOIROUD	*Président*
BREMOND	*Assesseurs*
CHAUVIN	
DOR	

IMPRIMERIE VILLARD
6, Impasse Dragon, 6
— MARSEILLE —
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Doyen : L. CORNIL — Assesseur : J. ROCHE

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
GAUJOUX, COTTE, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE — Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	SALMON
Anatomie Pathologique et Médecine Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	OLMER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIERE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	N.
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALLIER
Clinique Médicale Thérapeutique	POINSO
Professeur sans Chaire	BELTRAMI
Professeur sans Chaire	DUBOULOZ
Professeur sans Chaire	BALANSARD
Professeur sans Chaire	PIERI
Professeur sans Chaire	ARNOUX

Chargé de Cours

Clinique Dermatologique	VIGNE

Agrégés en exercice

MM. BERTHIER	MM. CHOSSON	MM. DELPHAUT
CARCASSONNE	R. IMBERT	DOR
BRAHIC	PAILLAS	RECORDIER
FIGARELLA	AUDIER	

Chargés des fonctions d'Agrégés

Chimie Médicale	DERRIEN
Physiologie	DONNET
Physique	ROUX
Anatomie	GRISOLI
Propédeutique Médicale	J. OLMER

Enseignements complémentaires

Anatomie descriptive et Topographie	GRISOLI
Chimie Minérale	ARNOUX
Clinique de la Tuberculose	BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses	
Clinique Chirurgicale Infantile	IMBERT
Clinique Gynécologique	FIGARELLA
Médecine Opératoire	DOR
Microbiologie (Pharmacie)	
Neuro-Chirurgie	PAILLAS (sup.)
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie)	DELPHAUT
Radiologie Clinique	MATTEI
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT
Chimie organique	DUMAZERT
Embryologie	ROMIEU
Cryptogamie	PELLISSIER
Médecine générale	LENA
Pathologie Chirurgicale	LAMY
Propédeutique Chirurgicale	LUCCIONI

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA CROIX-ROUGE

AUX ANCIENS COMBATTANTS

AUX ANCIENS PRISONNIERS DE GUERRE

A LA MEMOIRE DU PROFESSEUR Y. BOURDE

qui m'accueillit avec bienveillance dans son service.

A MESSIEURS

LE DOCTEUR A. GAUJOUX

LE DOCTEUR A. CAIRE

Chefs de Clinique à la Faculté

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOIROUD

Chirurgien des hôpitaux
Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de ma reconnaissance pour m'avoir inspiré le sujet de cette thèse et en avoir accepté la présidence.

A MON JURY DE THESE

Hommages respectueux.

A PROPOS
DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE RÉCIDIVÈS ET AVEC ICTÈRE

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques constituent une affection assez fréquente, surtout sur le littoral méditerranéen.

Et cependant la question des récidives n'est même pas évoquée dans les traités classiques. Il faut rechercher les observations éparses dans les publications scientifiques ou incluses dans les grandes statistiques.

Aussi est-il à peine nécessaire de souligner la rareté des récidives avec ictère. Nous avons toutefois réuni deux observations inédites auxquelles s'ajoutent trois observations recueillies dans la littérature médicale.

Ce sujet est naturellement lié à la pathologie des kystes hydatiques compliqués, principalement à leur rupture dans les voies biliaires, à ses formes comprimant la voie principale.

Clinique et thérapeutique s'inspireront en grande partie de cette question mieux connue. Nous essayerons surtout de mettre en relief les divers points spéciaux qui jalonnent nos observations.

Nous insisterons dès à présent de façon toute spéciale sur le fait que les circonstances actuelles sont la cause de l'absence de nombre d'examens de laboratoire et des lacunes de notre bibliographie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme Jouve Marie, 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 juin 1945, dans le service du Professeur Moiroud, avec le diagnostic de cholécystite aiguë.

La malade présente en effet depuis plusieurs jours des douleurs violentes dans l'hypocondre droit à type colique accompagnées de vomissements avec température oscillante et maximum à 40°.

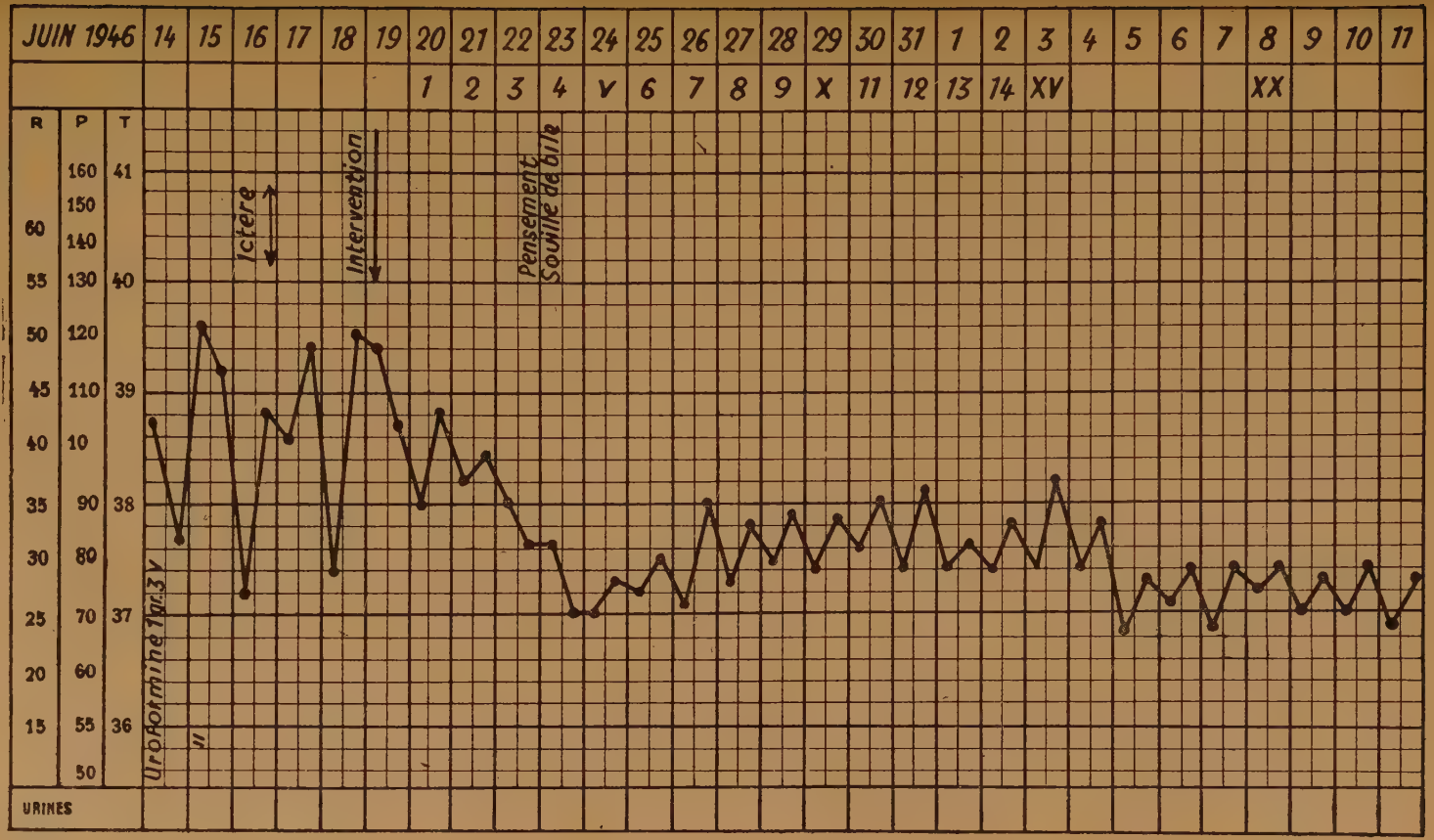
L'histoire de sa maladie actuelle est la suivante : au mois d'août et de septembre 1944 elle a présenté une affection fébrile (température à 40° en palier) avec céphalée et asthénie intense étiquetée : fièvre typhoïde, malgré l'absence d'érythème et surtout de séro-diagnostic.

A partir du mois d'octobre, à ces premiers symptômes sont venues s'ajouter des douleurs abdominales à type continu siégeant dans la partie droite de l'abdomen et irradiant dans la région lombaire droite ; la température a subi cependant quelques oscillations entre 38°5 et 40° pendant deux mois et demi environ. Au mois de novembre il y a eu un retour à la normale de courte durée. Jusqu'au mois de juin 1945 l'état s'est amélioré par périodes, mais cependant les accidents infectieux n'ont pas entièrement disparu et dix à quinze jours par mois la malade présentait des poussées fébriles avec la même température que précédemment. Il est à noter qu'il n'y a jamais eu d'ictère, pas plus que de crises douloureuses nécessitant l'emploi de la morphine.

Mais l'état général a été profondément atteint et l'amaigrissement a été de 25 kgs.

Le 4 juin, crise excessivement douloureuse, douleur en coup de poignard au niveau de la région épigastrique irradiant dans la région lombaire droite, accompagnée de vomissements, puis de syncope. Peu après, vomissements bilieux avec persistance de douleurs continues, exacerbées par l'ingestion de liquides. La température est aux environs de 39°. Il n'y a pas d'ictère mais les matières sont décolorées et leur transit nettement ralenti. La douleur de la région hépatique persiste, moins violente, mais constante. L'état général s'aggrave et c'est dans ces conditions que la malade entre à l'hôpital le 4 juin 1945.

Antécédents : A été opérée à diverses reprises. En 1925, hystérectomie pour salpingite ; en 1934 à l'hôpital de Nimes, a subi une intervention pour kyste hydatique du foie : marsupilisation


JUIN 1946
14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
1 2 3 4 V 6 7 8 9 X 11 12 13 14 XV XX
R P T
60 55 50 45 40 35 30 25 20 15
160 150 140 130 120 110 10 90 80 70 60 55 50
41 40 39 38 37 36
Ictère
Intervention
Pansement
Souffle de bile
Uroformine 1gr.3 V
URINES

du kyste qui a laissé une fistule biliaire de longue durée puisque la malade a séjourné plus de neuf mois à l'hôpital.

Par la suite elle n'a présenté aucun trouble important : ni douleur, ni ictère.

A l'examen à son entrée on constate la présence de deux cicatrices ; l'une médiane sous-ombilicale avec éventration (Mikulicz ancien), l'autre para médiane droite sus-ombilicale très irrégulière, qui correspond à une voussure nettement visible, régulière, dure, sensible à la palpation. Elle descend jusqu'à 10 cms au-dessous du rebord costal et atteint la ligne médiane au niveau de la région épigastrique. Le bord inférieur du foie est nettement palpable et sensible lui aussi. La limite du foie, facile à délimiter, montre que celui-ci présente sur la ligne mamelonnaire une hauteur de plus de 20 cms. Tout le foie est sensible à la palpation et à l'ébranlement. Le reste de l'abdomen est souple, indolore et on ne décèle aucun signe anormal. Les fosses iliaques sont libres.

On institue le traitement suivant : diète hydrique, glace sur l'abdomen, Uroformine intraveineuse (1 gr. par jour), Soludagénan (3 injections par jour), les vomissements interdisent la voie buccale. Les phénomènes s'apaisent mais la courbe thermique reste aussi anarchique. L'examen des urines montre l'absence de sucre et d'albumine. L'azotémie est à 0,50, la glycémie à 0.85. La formule leucocytaire montre une leucocytose avec polynucléose importante sans éosinophilie.

Le 17 juin, signes douloureux nouveaux : la malade présente un ictère qui, d'emblée, est très foncé ; cet ictère s'accentue encore le 18.

L'indication opératoire paraît formelle, bien que le diagnostic manque de précision. On hésite en effet entre celui de kyste hydatique suppuré comprimant les voies biliaires et celui de cholécystite aiguë avec hépatite.

On décide de pratiquer l'intervention le 19 juin sous anesthésie locale, avec anesthésie de base à la morphine.

Opérateur : Docteur Gaujoux.

Incision pararectale droite au niveau de l'ancienne cicatrice qu'on ne tente pas d'exciser, étant donné sa largeur et l'existence d'une éventration sous-jacente. L'incision s'étend depuis le rebord costal jusqu'à l'horizontale passant au niveau de l'ombilic. On tombe en plein centre de la voussure qui n'est autre que la face supérieure du foie, on constate l'existence de trainées scléreuses. A ce niveau on essaie de ponctionner au trocard de 20/10. A la deuxième tentative il s'écoule par le pavillon de l'aiguille quelques gouttes de pus. Sans déplacer le trocard on incise le tissu hépatique sur une profondeur de 3 cms environ et l'on tombe sur un petit abcès duquel s'évacue par un canalicule biliaire du pus non teinté et de la bile. On continue l'exploration du foie qui montre de nombreux autres petits abcès analogues. Ce résultat ne paraissant pas satisfaisant, on recherche la vésicule qui est

bloquée par de nombreuses adhérences. Du volume d'une mandarine elle est très congestive. La ponction ramène d'abord un liquide clair, puis une substance analogue à du sable et d'aspect purulent. Cholecystotomie. L'état général de la malade et l'existence d'adhérences très serrées dans la région sous-hépatique contre-indiquent de façon formelle la recherche du cholédoque.

Mèche et drain au contact du foyer d'hépatite suppurée.

Fermeture en trois plans avec fixation de la vésicule au péritoine.

Malgré une chute thermique, l'état de la malade reste excessivement grave pendant quelques jours. Bien que le pansement ne donne issue à aucun liquide et que la cholecystotomie ne laisse rien écouler, l'ictère décroît progressivement mais l'état général est tel qu'on pense plus à un ictère grave qu'à une amélioration. Mais au quatrième jour le pansement est souillé de bile et la sonde de cholecystotomie donne enfin un liquide clair suivi dans la journée d'un écoulement bilieux. Au cours des jours suivants l'écoulement se stabilise à 300 cm3 par jour, en même temps que les selles se recolorent et que l'état général se remonte rapidement. L'écoulement bilieux persistant avec une température normale depuis 20 jours, on commence à partir du 15 juillet à interrompre le drainage vésiculaire. Le drain est ensuite enlevé le 20 juillet. Le pansement ne contient plus de bile et la cicatrisation totale est obtenue le 30 juillet.

La reprise de l'état général a été très rapide et à sa sortie de l'hôpital, au début du mois d'août, la malade avait repris 5 kgs.

Revue au mois de septembre 1945, l'état général est excellent.

OBSERVATION II

T... Fortuné, 44 ans, journalier.

Entre à l'hôpital de la Conception le 13 février 1946, dans le service du docteur DE LUNA, envoyé par le docteur TURRIÈS, pour ictère très prononcé et rebelle au traitement médical.

A l'interrogatoire on apprend que le malade a été opéré par le professeur REYNÈS en 1921 pour kyste hydatique du foie. Les suites opératoires furent bonnes et le malade ne ressentit plus aucun symptôme jusqu'en 1944, où il constata une augmentation de volume progressive de son foie, sans altération de l'état général, ni d'autres symptômes qu'un amaigrissement important.

Le malade fut alors opéré à l'hôpital d'Aubagne par le docteur LUCCIA, le 16 novembre 1944, pour récidive de kyste hydatique du foie.

Intervention chirurgicale le 16-11-44. Docteur J. DOR.

On excise la cicatrice de la première laparatomie. On découvre un énorme kyste du volume de deux têtes d'adulte. Libération de

nombreuses adhérences. Ponction et aspiration du liquide hydatique. Injection de liquide de Bonin, ouverture du kyste et extraction d'un très grand nombre de vésicules filles de toutes dimensions. Un gros drain est laissé dans la poche qui est rétrécie par résection partielle de ses parois. Fermeture en deux plans.

Les suites opératoires furent normales mais quelques mois après un ictère très prononcé apparut : coloration jaune foncé des téguments, décoloration complète des selles et urines très foncées. Cet ictère persistant depuis ne s'est jamais accompagné d'aucun trouble digestif, ni de vomissements ; aucun malaise ; état général bon, bon appétit, bonnes digestions.

Depuis ce moment le malade a été traité par le docteur Turpies, qui lui fit suivre un traitement médical : extrait hépatique, drainage de la vésicule, régime alimentaire. Ces traitements n'entraînèrent aucune amélioration, c'est pourquoi le malade fut hospitalisé.

Examen clinique. — Malade amaigri. Coloration jaune des téguments et des muqueuses.

A l'examen, l'abdomen se présente très augmenté de volume. A la palpation on sent une grosse masse qu'il est difficile de délimiter et qui paraît appartenir à la rate plus qu'au foie. Présomption de kyste hydatique de la rate ou du foie.

Rien à signaler dans les antécédents.

Examens radiographiques le 20 février 1946.

Examens de laboratoire le 15 février 1946.

Azotémie : 0,25.
B. W. : N.

Urines : présence de sels et de pigments biliaires.

L'intervention chirurgicale est décidée.

Intervention le 16-2-46.

Anesthésie locale.

Incision du type Rio-Branco.

La surprise est grande, à l'ouverture du péritoine, lorsqu'on s'aperçoit qu'il s'agit non pas d'un kyste hydatique, mais d'un volumineux lobe gauche du foie, et que ce lobe est considérablement hypertrophié par une atteinte d'allure cirrhotique et non par un kyste hydatique dont il n'existe ni à l'inspection ni à la palpation aucun signe. Dans ces conditions on fait simplement une biopsie et on referme le ventre en trois plans.

Elévation thermique à 40° le soir de l'opération. Puis la température tombe à la normale. Bonnes suites. Reprise de poids importante.

Ce malade est ensuite traité médicalement. Il rentre chez lui le 25-4-46.

Examen histologique : Possibilité de cirrhose de Hanot.

OBSERVATIONS

(recueillies dans la littérature médicale)

Bazy (Société de Chirurgie, 1906) :

Homme de 35 ans. Ictère fébrile intense. Opéré antérieurement pour kyste hydatique du foie.

1° Cholecystostomie. Revient pour des crises douloureuses avec accidents fébriles et ictère ;

2° Choledocotomie et drainage du kyste. Guérison.

Sotropas (*Gazette médicale d'Orient*. Constantinople 1913) :

Femme de 35 ans, opérée deux fois pour kystes hydatiques du foie. Douleurs dans l'hypochondre droit. Ictère par rétention. Température : 39°.

Opérations :

1° Drainage d'un kyste occupant la place de la vésicule biliaire ;

2° Cholédocotomie 9 jours après. Drainage. Guérison.

Cortès (Thèse Alger 1926) :

Homme de 45 ans ayant déjà présenté un kyste hydatique du foie et qui se plaint de douleurs épigastriques puis d'hydatidentérie avec ictère progressif.

Pas de température.

Réaction de Weinberg négative. Choledocotomie, cholecystostomie. Guérison.

ETIOLOGIE

L'ictère dans les kystes hydatiques du foie ne se rencontre pas fréquemment. Ses causes les plus fréquentes en sont, que le kyste soit récidivé ou non :

1° La rupture du kyste dans les voies biliaires ;

2° La compression de la voie principale par un kyste de voisinage.

Nous n'insisterons pas sur cette dernière étiologie faute de documents.

Mais il faut insister sur le fait que dans les deux cas l'infection se surajoute fréquemment à l'action mécanique, surtout dans le premier cas. Son rôle est extrêmement important par suite des complications sévères qu'elle peut déterminer dans la glande hépatique (observation I).

Nous rappelons d'abord la rareté des récidives de kystes hydatiques probablement par suite des améliorations techniques : formolage de la cavité kystique, évacuation complète de son contenu, exploration minutieuse de ses parois, pour déceler une poche de voisinage qui vient y bomber.

Oulié, dans une statistique de 135 cas, relève deux récidives et encore sont-elles pariétales, aucune n'est intra-glandulaire.

Brun, sur 170 observations personnelles, n'en signale aucune.

On trouve seulement quelques observations éparses :

La récidive est apparue en général de façon tardive : 15, 20 ans.

Quant aux récidives avec ictère que nous avons pu relever, elles sont comme nous l'avons dit plus haut au nombre de 5 : il s'agissait en tous les cas de rupture de kyste dans les voies biliaires avec dans deux cas atteinte profonde de la glande.

Le sexe ne paraît, autant que l'on peut en juger d'après des chiffres aussi restreints, jouer un rôle.

L'âge le plus fréquent a été entre 30 et 50 ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Kystes ouverts dans les voies biliaires.* Nous n'insisterons pas sur les détails concernant le siège du kyste originel, le siège de l'ouverture kysto-biliaire, le volume et le contenu du kyste, l'état des voies biliaires, bien connu depuis les travaux désormais classiques de DEVÉ et SABADINI.

Nous signalerons que dans un de nos cas il s'agissait d'un kyste volumineux d'accès aisé, que dans l'autre la poche fut impossible à découvrir parce que très probablement de siège central.

Nous insisterons sur l'état de la voie accessoire et sur les modifications apportées à la zone opératoire par l'intervention primitive.

Au cours de l'intervention pour kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires DEVÉ signale que la vésicule a été trouvée distendue dans 57 % des cas, sensiblement normale dans 35 %. Son contenu était constitué tantôt par de la bile normale, tantôt par une bile boueuse et noirâtre, tantôt par une sérosité puriforme, parfois par un liquide filant et blanchâtre. Elle peut contenir des hydatides affaissées. Enfin dans un assez grand nombre de cas on y trouve des calculs biliaires plus ou moins friables. Dans notre Obs. I un esprit non averti aurait pu commettre l'erreur de confondre le sable hydatique pourtant bien caractéristique avec des débris de calculs.

BRUN a trouvé 8 fois une communication du kyste avec la vésicule qui se distend. Le cathétérisme du canal cystique était difficile dans presque tous les cas, sinon impossible.

Souvent tôt ou tard selon l'état bactériologique de la bile, l'obstruction biliaire hydatique se complique d'atteinte hépatique avec abcès biliaires, péri-hépatite suppurée. L'angiocholite suppurée se trouve notée dans la plupart des protocoles d'autopsie.

Quant à la zone opératoire elle paraît avoir été peu modifiée dans son ensemble, puisqu'il fut possible dans la plupart des cas d'atteindre et de drainer la voie principale.

Par contre dans une de nos observations l'opérateur s'est heurté à des difficultés qui, déjà considérables pour aborder la vésicule, se sont montrées insurmontables pour le cholédoque, difficultés dues à des adhérences qui augmentaient de densité à mesure que l'on essayait de gagner la profondeur.

Il est donc prudent de prévoir à l'avance une aggravation de l'acte opératoire résultant des séquelles de l'opération primitive, surtout lorsqu'elle s'est accompagnée de drainage prolongé.

2° *Les kystes comprimant la voie principale.* Ce sont en général des kystes à siège inférieur agissant soit par leur simple présence, soit par la réaction inflammatoire qui peut les accompagner.

3° *Les lésions hépatiques.* Comme nous l'avons signalé plus haut elles peuvent être importantes au point de prendre le premier plan : simple rétention cédant au drainage, abcès angiocholitiques, lésions définitives du parenchyme allant à l'ictère grave. Nous n'y reviendrons pas.

PATHOGENIE

Nous envisagerons successivement la pathogénie des récidives puis celle de l'ictère.

1° *Pathogénie des récidives :*

Devé envisage les hypothèses suivantes :

a) Présence d'un kyste ancien, méconnu lors de la première opération.

b) Réinfestation de l'opéré.

c) Récidive d'origine opératoire.

a) *Le kyste oublié lors de la première intervention.* Cette hypothèse est celle à laquelle se range le plus volontiers Devé. Il ne s'agit plus alors de récidive vraie, mais de pseudo-récidive. « Il ne faut pas perdre de vue, écrit Devé, que tous les kystes d'une même couvée, je veux dire reconnaissant la même origine, une même infestation n'ont pas nécessairement la même rapidité de croissance, la même vigueur évolutive et qu'ils peuvent avoir des tailles fort différentes. Bien qu'un décalage de 15 ans par rapport aux autres kystes contemporains soit sans doute assez exceptionnel, il ne choque pas outre mesure. » Mills a signalé des récidives de 8 et 25 ans, Costantini, de 20 et 21 ans.

b) *La réinfestation de l'opéré* peut être admise dans quelques cas : régions où l'infestation hydatique est particulièrement fréquente.

c) *La récidive opératoire* peut être due à une rupture spontanée du kyste, à l'absence, par oubli ou par suite d'incidents opératoires d'une des précautions classiques : champs formolés, formolage préliminaire de la poche avant son ouverture. Le formolage peut être insuffisant dans les cas de kystes multivésiculaires. Il faut d'ailleurs noter que les récidives opératoires se produisent surtout au niveau du péritoine et spécialement dans l'épaisseur de la cicatrice opératoire.

2° *Pathogénie de l'ictère.*

Au facteur mécanique d'obstruction par des débris hydatiques, à la compression d'un développement d'un kyste de voisinage se joint très souvent l'action de l'infection, avec atteinte plus ou moins accusée de la cellule hépatique.

Lorsque la voie principale est comprimés, l'ictère cesse en général en même temps que la cause de la compression ; si elle est obstruée, c'est en dehors des cas heureux de débâcle spontanée sur le cholédoque qu'il faut agir. Toutefois, dans notre obs. I où son accès était interdit, le drainage sur la véhicule fut efficace, parce qu'il s'agissait de sable hydatique.

Enfin, dans la curieuse observation qu'a bien voulu nous confier le Professeur agrégé Dor, l'ictère apparut après la deuxième intervention et plusieurs mois après. Une troisième intervention montra l'absence de kyste et la biopsie révéla des lésions du parenchyme. Il est permis de penser que dans ce cas l'ictère a pu être la résultante de lésions parenchymateuses entraînées par la présence des années durant de masses kystiques volumineuses dans le foie.

LES ETAPES DU DIAGNOSTIC

Etant donnée la rareté de l'affection, il ne peut être question que d'un diagnostic par élimination.

Après une intervention portant sur la région hépatique, le malade reste longtemps sans souffrir (10, 15, 20 ans), quand, le plus souvent brusquement, il est pris de douleurs abdominales plus ou moins violentes, droites et hautes, pouvant affecter l'allure d'une crise de coliques hépatiques typique ; parfois les douleurs sont plus sourdes. Le tout s'accompagne en général de température assez élevée, puis l'ictère apparaît. Dans une de nos observations ce fut d'une manière brusque. Il est ordinairement franc, s'accompagnant de prurit et de décoloration des matières. L'ensemble du foie est augmenté de volume.

La numération globulaire, la formule leucocytaire, sont, comme la température, en faveur d'une maladie infectieuse localisée au foie.

Ce tableau clinique ne présente donc pas de grandes caractéristiques, mais il est un fait capital qui ne doit pas, ne devrait pas échapper au clinicien : c'est la notion d'une intervention antérieure sur le foie.

A défaut des explications souvent confuses de l'opéré ou du protocole opératoire, la cicatrice est déjà une précieuse indication : si rare que soit la récidive de kyste hydatique du foie on doit toutefois y penser dès lors. Certes, ce n'est pas une raison pour exclure la possibilité d'autres affections du carrefour supérieur, susceptibles de donner : température, douleur, ictère : on connaît la fréquence de la lithiase et c'est d'ailleurs avec elle que l'erreur a été le plus souvent commise. Accessoirement on notera comme l'a souligné Devé, qu'une colique hépatique chez un homme de moins de trente ans doit éveiller a priori le soupçon d'une colique biliaire hydatique.

En tout cas, le point de départ des troubles étant localisé au foie et aux voies biliaires par la clinique, on arrivera automatiquement à leur exploration radiologique, qui montrera soit une augmentation de volume du foie soit, fait plus intéressant, une déformation de ses contours : à la partie supérieure, bosselure

qui déforme la coupole diaphragmatique, tuméfaction arrondie à contours lisses, sans réaction pleurale, mise en évidence par l'examen de face et de profil ; à la partie inférieure l'image est moins évidente, se précisant surtout par contraste avec la clarté des gaz abdominaux.

Parfois l'envahissement calcaire permet de préciser l'existence ou la situation d'un kyste, tout en laissant cependant une marge d'erreurs large avec les calcifications de voisinage et surtout avec les vésicules radio-opaques.

L'hépato-splénographie au thorostrat paraît définitivement abandonnée.

Il nous semble bien d'autre part que plus personne n'utilise en pareil cas le pneumo-péritoine.

Que ce soit dans un but diagnostique ou thérapeutique, en présence de ce syndrome d'occlusion des voies biliaires, il est habituel d'utiliser le tubage duodénal.

Dans une observation de notre Maître, le Professeur Moiroud, il a été ainsi possible de reconnaître la cause de l'ictère. « Nous avons dans le tubage duodénal un moyen à la fois simple et sûr pour trouver un signe pathognomonique de rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires, sans avoir recours au tamisage des selles. » A la lecture des plus récentes observations publiées, il ne paraît pas que la valeur de ce procédé ait été reconnue ou mise en relief.

Il est traditionnel d'y joindre les recherches des réactions biologiques de l'echinoccose. Leur intérêt paraît assez faible.

Ainsi dans les cas heureux ou méthodiquement examinés on peut arriver, sinon à des certitudes, sauf dans quelques cas, tout au moins à des présomptions.

Nous insisterons toutefois sur le fait que c'est la notion d'une intervention antérieure pour kyste hydatique du foie qui doit être le fil conducteur, qu'il ne faut pas oublier cependant que la récidive est rare et que nombreuses sont les affections du carrefour qui peuvent prêter à confusion, en dehors des cas où la radio ou le tubage ou le tamisage des selles ont donné une certitude.

Le diagnostic sera fait parfois en tout cas presque toujours complété en cours de l'intervention.

TRAITEMENT

On diminue — et leur rareté le prouve — la fréquence des récidives par un traitement correct du kyste lors de la première intervention.

On y parvient par les précautions classiques de protection soigneuse, par des compresses formolées des tissus environnant la zone opératoire, de formolage de la cavité kystique, d'évacuation complète des vésicules, d'exploration au doigt, ou si les circonstances opératoires le permettent, à l'aide de valves et d'un bon éclairage des parois du kyste. Il faudra rechercher l'existence d'autres kystes qui continueraient à évoluer pour leur propre compte.

Il serait peut-être bon de soumettre les opérés de kyste hydatique à des contrôles cliniques et, si nécessaire, radiologiques espacés.

Le traitement curatif

Est-il permis de parler d'un traitement médical dans l'affection qui nous occupe ? Nous voulons parler de l'utilisation du tubage duodénal utilisé dans les cas où l'on a des raisons de penser à une obstruction par hydatides. Les observations manquent. Dans l'observation de notre Maître, relative à l'utilisation de cette méhode, il fallut cependant recourir à l'intervention. Nous pensons toutefois que cette manœuvre serait cependant à utiliser, à condition de ne pas perdre un temps précieux.

Sans tarder on préparera le malade selon les méthodes employées chez les ictériques : sérum glucosé, extraits hépatiques à hautes doses, petites transfusions répétées, vitamines.

Pour l'incision, la plupart des auteurs ont utilisé la même voie que lors de la première intervention, d'autres l'ont modifiée selon l'évolution des lésions ou encore selon leurs préférences.

Comme il est de règle, la précision du diagnostic a simplifié les recherches.

Il ne semble pas, dans la majorité des cas, que les séquelles de la première intervention aient beaucoup gêné les opérateurs, puisqu'ils ont presque toujours drainé la voie principale, ou le kyste lui-même, parfois les deux.

Pour les cas typiques d'obstruction du cholédoque par les hydatides, nous renvoyons aux articles de DEVÉ, SABADINI, COSTANTINI, insistant sur les points particuliers de notre observation I.

Dans ce cas le procédé opératoire a été imposé par les conditions anatomiques et par l'état général grave de l'opéré : voie principale inaccessible, kyste non décelable (kyste central très probablement) et dont la recherche aléatoire aurait compliqué l'acte opératoire, vésicule distendue, abcès hépatiques accessibles tout au moins en partie. La tactique suivie a été logique : ouverture de la vésicule et abouchement à la paroi, ouverture et drainage des foyers suppurés qui se présentaient à l'opérateur.

Comment a agi l'intervention ?

Par drainage des voies biliaires ?

Par évacuation des abcès hépatiques ?

Par l'action combinée de ces deux manœuvres ?

Soulignons auparavant que nous avions ici deux éléments favorables à la thérapeutique employée : d'une part la présence de sable que l'aspiration a pu évacuer en grande partie et par ailleurs la localisation des abcès à la superficie. On sait en effet que l'oblitération du cholédoque par des vésicules rend la cholécystotomie inefficace.

Il semble donc que c'est l'action des deux éléments qui a amené un résultat favorable. On admet que la fistulation de la vésicule agit en drainant le kyste.

« Opératoirement il est logique dans ces cas (où la vésicule se distend, devient douloureuse), de drainer la vésicule soit pour son usage propre, soit pour drainer le kyste communiquant très largement avec elle. Mais son drainage reste inefficace en cas d'obstruction du cholédoque. » (BRUN.)

BAZY, SOTROPAS ont pu drainer et le kyste et la voie principale.

Dans l'ensemble les résultats ont été bons.

Conclusions

1° Les kystes hydatiques du foie récidivés et avec ictère sont rares.

2° L'ictère est dû à l'obstruction des voies biliaires par des vésicules hydatiques le plus souvent. Celui par compression est plus rare. L'infection joue un très grand rôle : elle peut déterminer de véritables abcès angiocholitiques.

3° La première intervention peut entraîner des modifications locales importantes.

4° La notion d'une intervention chirurgicale antérieure est un élément capital du diagnostic.

5° Le but de l'intervention est de lever la cause de la compression ou de l'obstruction des voies biliaires. Si la voie principale ne peut être abordée, si le kyste ne peut être localisé, on se contentera du pis aller que constitue le drainage de la voie accessoire.

Lorsqu'il existe des collections suppurées intra-hépatiques accessibles on les drainera.

Lu et approuvé :
Le Président de Thèse :
MOIROUD.

Vu et approuvé :
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 12 Juin 1946
Le Recteur : GAU

Bibliographie

Arcè. — A propos de l'action des rayons X (radiothérapie profonde) sur les kystes hydatiques.

Arnold. — Le diagnostic radiologique des kystes hydatiques du foie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, tome LI, n° 16, 17 avril 1925.

Bazy. — Kystes hydatiques multiples traités avec succès par le capitonnage. (Société de Chirurgie, Paris, juin 1922.)

Barjoin. — Sur la difficulté du diagnostic radioscopique entre certains kystes hydatiques du poumon et du foie.

Bengolea. — Importance du sondage duodénal dans le diagnostic et le traitement des syndromes d'obstruction cholédocienne. (Archives des maladies de l'appareil digestif, 1923)

Bergeret et Rachet. — Ictère par rétention. Cholycistite calculeuse. Obstruction du cholédoque par deux vésicules hydatiques. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, juin 1940.)

Brun. — De la communication des kystes hydatiques avec les voies biliaires. Leur fréquence, leur traitement d'après 170 observations. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1928.)

Cortès. — Etude chirurgicale sur les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (Thèse d'Alger, 1926.)

Chiray et Lomon. — Diagnostic radiologique des kystes hydatiques du foie. (*Revue du Foie*, mars-avril 1945.)

Coluci. — Kyste du foie récidivé hernié dans une cicatrice de laparotomie avec symptômes d'étranglement. (*Il Policlinico*, sept. 1924.)

Costantini. — Récidive d'un kyste hydatique du foie après 20 ans. Société de Chirurgie d'Alger, avril 1942.)

Costantini. — L'ouverture dans les voies biliaires des kystes hydatiques du foie. (*Revue de chirurgie*, 1934).

Deniker. — Thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du foie. (*Journal de chirurgie*, 1923).

Desmarets. — Les obstructions non calculeuses du cholédoque. (*Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1935).

Dévé. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires (*Journal de Chirurgie*, 1925.)
L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires. (*Journal Médical français*, 1924.)
Congrès de Split, 1931.
Compte-rendu de la Société de Biologie, 1er mars 1934.

Dor J. — La perforation des kystes hydatiques du foie dans le tube digestif. (Doin. Paris 1936).

DUPONT. — Récidive d'un kyste hydatique 15 ans après la première opération. (Rapport de Barbier : *Académie de Chirurgie*, 1941, p. 749).

LECÈNE. — Traitement des kystes hydatiques du foie. (*Thérapeutique chirurgicale*, T. III).

LEDOUX-LEBARD D. — Diagnostic radiologique des kystes. (*Bulletin de la Société radiologique de France*, 1936).

MATHIEU. — Oblitérations non calculeuses des voies biliaires. (Congrès français de Chirurgie, 1923).

H.-W. MILS. — Kystes hydatiques du foie. Statistique (Surgery, gynecology, obstric, 1937).

MOIROUD, DE LUNA. — De la valeur du tubage duodénal pour le diagnostic des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (*Presse Médicale*, 12 *octobre* 1935).

MOIROUD. — Kyste hydatique calcifié de la face inférieure du foie marsupialisé et ouvert secondairement dans le duodénum. (Rapport de Roux-Berger. Société de Chirurgie de Paris, 1931).

MOIROUD. — Volumineux kyste hydatique multi-vésiculaire du foie. (*Marseille Médical*, 1943).

MORENO ET KOHLER. — Sur un cas de kyste hydatique multi-vésiculaire du foie traité par l'anatoxine. (*Journal de Médecine de Lyon*, *juin* 1945).

OULIÉ. — Statistique opératoire personnelle de 135 cas de kystes hydatiques du foie. (Bulletins de la Société de Chirurgie, 17 janvier 1934).

QUÉNU. — L'ictère dans les kystes hydatiques du foie. (*Revue de Chirurgie*, 1910).

SABADINI. — Rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires. (*Journal de Chirurgie*, 1932).

SEGOND. — Kystes hydatiques. (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus).

TOOLE. — Nouveaux éléments statistiques de l'echinoccose en Grèce. (Bulletin de la Société hellénique de chirurgie, janvier, 1937).

TOOLE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques. (*Revue de Chirurgie*, 1939).

VLADESCU. — Kyste hydatique du foie diagnostiqué par l'hépato-splénographie. (*Bulletin de la Société médicale de Roumanie*, *avril* 1933).

WILMOTH. — Encyclopédie Médico-chirurgicale.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	9
Observations	10
Etiologie	17
Anatomie pathologique	18
Pathogénie	20
Les étapes du diagnostic	22
Traitement	24
Conclusions	26
Bibliographie	27